UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE N° 10

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES FIBROMES DU CORDON SPERMATIQUE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 30 Novembre 1920

PAR

ORSINI (Paul-Marie)

Né à Lento (Corse), le 25 mai 1892

Interne des hôpitaux de Toulon

Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine

Examinateurs de la Thèse

FORGUE, Professeur, *Président.*
ESTOR, Professeur.
JEANBRAU, Agrégé libre. } *Assesseurs.*
ETIENNE, Agrégé.

MONTPELLIER

IMPRIMERIE « L'ABEILLE » (Coopérative Ouvrière)

14, Avenue de Toulouse. — Téléphone : 8-78

1920

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

FIBROMES DU CORDON SPERMATIQUE

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE N° 10

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES FIBROMES DU CORDON SPERMATIQUE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 30 Novembre 1920

PAR

ORSINI (Paul-Marie)

Né à Lento (Corse), le 25 mai 1892

Interne des hôpitaux de Toulon

Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine

Examinateurs de la Thèse

FORGUE, Professeur. *Président.*
ESTOR, Professeur.
JEANBRAU, Agrégé libre. } *Assesseurs.*
ETIENNE, Agrégé.

MONTPELLIER

IMPRIMERIE « L'ABEILLE » (Coopérative Ouvrière)

14, Avenue de Toulouse.— Téléphone : 8-78

1920

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Administration

MM. N...	DOYEN.
FORGUE (O. ✲)	ASSESSEUR.
N...	SECRÉTAIRE.

Professeurs

Clinique chirurgicale.....	MM. TEDENAT (O. ✲).
Clinique des maladies mentales et nerveuses.....	MAIRET (✲).
Physique médicale.....	IMBERT (✲).
Botanique et histoire naturelle médicales.....	GRANEL.
Clinique chirurgicale.....	FORGUE (O. ✲).
Clinique ophtalmologique.....	TRUC (O. ✲).
Physiologie	HEDON (✲).
Histologie.....	VIALLETON.
Clinique médicale.....	DUCAMP (✲).
Anatomie.....	GILIS (✲).
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	ESTOR.
Clinique des maladies des enfants.....	BAUMEL (✲).
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOSC.
Hygiène.....	BERTIN-SANS (H.)
Clinique obstétricale.....	VALLOIS.
Thérapeutique et matière médicale.....	VIRES (✲).
Anatomie pathologique.....	MASSABUAU (✲ ⚷)
Chimie biologique et médicale.....	DERRIEN (⚷).
Microbiologie	LISBONNE.
Clinique médicale.....	VEDEL.
Clinique gynécologique.....	DE ROUVILLE.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	MOURET.
Pathologie interne	N...
Médecine légale et toxicologie.....	N...

Doyens honoraires : MM. VIALLETON et MAIRET.

Professeur honoraire : M. E. BERTIN-SANS (✲).

Secrétaires honoraires : MM. GOT et IZARD.

Chargés de Cours complémentaires

Clinique des mal. des voies urinaires.	JEANBRAU (O. ✲ ⚷), a. l. (ch. de c.
Médecine opératoire.....	SOUBEYRAN ✲ ⚷, a. l. (ch. de c.)
Pathologie externe	ETIENNE, agrégé (ch. de c.).
Clinique ann. des mal. des vieillards...	EUZIERE, agrégé (ch. de c.).
Accouchements.	P. DELMAS, agrégé (ch. de c).
Stomatologie.....	WATON (✲ ⚷) (Dᵗ) (ch. de c.).
Clinique ann. des mal. syph. et cutanées.	N...
Matière médicale	N...

Agrégés en exercice

MM. GALAVIELLE.	MM. CABANNES.	MM. ETIENNE.
GRYNFELTT (✲).	P. DELMAS.	MESTREZAT.
LEENHARDT.	EUZIERE.	MARGAROT.
GAUSSEL (✲ ⚷).	J. DELMAS (⚷).	LAPEYRE.
RICHE (✲).	RIMBAUD (✲).	STROHL.

Examinateurs de la thèse :

MM. FORGUE, profes., présidᵗ; ESTOR, profes.; JEANBRAU, agrégé libre; ETIENNE, agrégé.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MA VÉNÉRÉE MÈRE

Son amour et ses sacrifices ont été sans bornes.

A LA MÉMOIRE DE MES COUSINS

PAUL-ANDRÉ TADDEI

JOSEPH-ANTOINE ROSSI

MORTS AU CHAMP D'HONNEUR

A MON PÈRE CHÉRI

Faible témoignage de ma reconnaissance et bien modeste marque de ma grande affection.

A MON FRÈRE

A MES SŒURS

A TOUS CEUX QUE J'AIME

P. ORSINI.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR FORGUE

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE

OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

Hommage respectueux.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR ESTOR

A M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ JEANBRAU

A M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ ETIENNE

P. ORSINI.

AVANT-PROPOS

Nous voici au terme de nos études. Demain nous serons livré à nous-même dans cet art difficile de la médecine. Si nous réussissons à nous faire aimer du malade, toute notre reconnaissance devra aller aux professeurs éminents qui ont mis non seulement toute leur science à notre disposition, mais qui ont su aussi s'imposer à nous par leurs hautes qualités professionnelles. Ils ont été pour nous des guides sûrs et éclairés, notre plus chère ambition serait de pouvoir les imiter.

Aussi c'est du plus profond du cœur que nous disons :

Merci, à tous nos maîtres de l'Ecole de médecine de Marseille qui ont eu la tâche ingrate de guider nos premiers pas.

Merci, à tous nos maîtres de la vieille et réputée Faculté montpelliéraine que les circonstances de la vie nous obligent certainement à quitter trop tôt.

Merci, à M. le professeur Forgue d'avoir bien voulu nous faire l'insigne honneur de présider notre thèse.

Merci, à MM. les professeurs Estor, Jeanbrau et Etienne, qui ont bien voulu accepter de faire partie de notre jury.

Merci, aussi, à M. le docteur Chauvin, ancien chef de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Montpellier, professeur à l'Ecole de médecine de Marseille, qui a bien voulu nous indiquer ce travail et nous donner à ce sujet d'utiles et précieux conseils ainsi qu'une observation inédite.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

FIBROMES DU CORDON SPERMATIQUE

INTRODUCTION

Le fibrome du cordon spermatique est une affection très rare dont il n'existe dans la littérature médicale qu'un nombre assez restreint d'observations (une quinzaine environ). Mais, sans être aussi fréquent que le lipome par exemple, il mérite d'être connu et d'entrer dans le diagnostic anatomo-clinique des tumeurs du cordon.

Aussi avons-nous cru bien faire de reprendre cette étude en détail.

Après l'historique de la question nous donnerons les observations qui ont paru depuis la thèse de Dubois (Lille, 1907), ainsi qu'une observation inédite. Pour ne pas nous encombrer, nous laisserons les précédentes, mais nous regrettons ne pouvoir ajouter les observations de Vecchi et d'Opokine qui ont paru dans des revues étrangères.

Nous étudierons ensuite l'étiologie et la pathogénie, chapitres qui restent encore obscurs malgré les quel-

ques travaux importants qui ont été déjà faits sur la question.

Nous pourrons mieux préciser l'anatomie pathologique et la symptomatologie.

Le diagnostic n'est point aisé cliniquement, nous avons essayé de mettre au point les quelques caractères différentiels qui permettront de l'établir.

Nous donnerons ensuite le traitement.

HISTORIQUE

L'existence des fibromes du cordon spermatique n'est connue que depuis une époque relativement récente puisque les deux premières observations datent de 1851.

En 1848, dans la thèse de Malgaigne sur les tumeurs du cordon, il n'est pas fait mention des fibromes.

En 1854, paraissent deux observations de fibromes du cordon, l'une due à Lenoir, l'autre à Létiévant.

En 1856, Fergusson publie dans *The Lancet* une tumeur fibreuse du scrotum enveloppant le testicule gauche et s'étendant dans le canal inguinal.

En 1857, Curling rapporte quelques cas de tumeurs fibreuses péri-épididymaires, mais son étude ne permet pas d'en tirer une symptomatologie et un diagnostic un peu complet.

En 1858, avec la thèse de Poisson paraît le premier travail sur les tumeurs fibreuses péri-épididymaires, mais en ne s'adressant qu'à celles-ci il ne considère qu'une partie des fibromes du cordon. Ce fut le premier qui nous donna la symptomatologie, le diagnostic et le traitement de ces tumeurs.

Dubois (d'Abbeville) publie en 1864 une nouvelle ob-

servation sur un cas de fibrome du cordon. La pièce est présentée par Verneuil à la Société de chirurgie. Cette présentation est suivie d'une seconde à la Société anatomique de Paris, par Louvet, avec examen microscopique par Hayem.

Malgré cela, Daniel Mollière en 1881 dit dans son article du Dictionnaire des sciences médicales qu'il ne faut inscrire sur la liste des tumeurs primitives du cordon spermatique l'espèce fibrome qu'avec un point d'interrogation.

En 1884, Brossard ne relate que deux cas, celui de Fergusson et celui de Poisson.

En 1887, Alombert-Goget, dans sa thèse, ajoute l'observation de Tizzoni et Parona sur « un cas de tétanos consécutif à l'ablation d'un fibro-lipome du cordon spermatique », mais ne manque pas de dire que les détails micrographiques sont trop défectueux pour qu'on puisse affirmer qu'il s'agissait bien de fibrome.

La même année, Aubry nous rapporte un fait observé dans le service de M. Poncet.

En 1904, paraît dans la *Revue de chirurgie* le premier travail complet sur les fibromes du cordon par MM. Bruneau et Condo de Satriano.

En 1907, Dubois nous donne dans sa thèse (Lille) l'observation inédite de Delassus.

En 1909, paraît le travail fondamental de Patel et Chalier qui réunit 109 observations de tumeurs du cordon dont 12 de fibromes.

Nous avons la même année la présentation d'un cas de fibromyxome juxta-testiculaire à la Société anatomique de Paris par Cathelin et Beauvy.

Enfin, en 1911, paraissent isolément les cas de Riche et Jourdan, de Vecchi et d'Opokine.

OBSERVATIONS

Observation I

(Riche et Jourdan. — *Montpellier médical*, 24 février 1911.)

Volumineux fibrome du cordon spermatique.

Le nommé L... Pierre, âgé de 51 ans, entre à l'hôpital suburbain, salle Delpech, n° 5, le 24 septembre 1910, à cause d'une volumineuse tumeur des bourses.

Le début remonte à assez longtemps, environ une dizaine d'années. Le malade avait constaté que dans la portion droite de son scrotum existait une tumeur, qu'il prenait d'ailleurs pour son testicule, et qui avait le volume du poing. Peu à peu cette tumeur augmenta de volume sans s'accompagner du moindre trouble, si ce n'est qu'elle devenait de plus en plus gênante pour les occupations du malade. Jamais il n'a ressenti la moindre douleur, jamais il n'y a eu la moindre poussée inflammatoire.

Cependant, depuis quelques mois, la tumeur paraît s'être développée plus rapidement, mais ce n'est que

devant la gêne occasionnée par l'énorme volume qu'elle constitue que le malade s'est décidé à entrer à l'hôpital.

A l'interrogatoire, tous les appareils paraissent sains.

A l'examen, il semble à première vue que tout le scrotum est distendu, occupé par une énorme tumeur nettement scrotale, descendant jusqu'au niveau du tiers inférieur de la cuisse presque mathématiquement sphérique. La verge en est complètement dégagée.

A l'inspection plus fouillée, on voit que partout la peau est saine. Elle est simplement distendue, amincie, montrant par transparence quelques veines sous-cutanées un peu développées. Mais on peut voir aussi que l'ancien raphé médian du scrotum est rejeté tout à fait à gauche dans la région du pédicule de cette tumeur. Il est donc déjà parfaitement perceptible que la tumeur s'est développée dans la bourse droite.

A la palpation, on constate d'abord, dans cette région supérieure gauche, la présence d'un corps ovoïde rénitent dont la pression réveille une douleur spéciale et qui est manifestement le testicule gauche. On passe alors à la palpation de la tumeur elle-même. Celle-ci est très dure, très résistante, donnant à la main qui la soupèse une impression de lourdeur considérable. La surface est lisse, régulière dans la plus grande partie ; mais, sur la région gauche antérieure de la tumeur, on sent un petit corps ovoïde, roulant sous les doigts, paraissant libre dans une cavité qu'on prend pour le testicule droit. Cependant la pression ne réveille pas la douleur spéciale aussi nette qu'elle l'est chez ce malade à la pression du testicule gauche.

D'ailleurs, en palpant tangentiellement la région du pôle inférieur, surtout en arrière, on retrouve encore deux points où les doigts font rouler des corps ovoïdes

non sensibles, paraissant aussi mobiles les uns que les autres. Le cordon, dans le trajet inguinal, est légèrement hypertrophié, les artères ne battent pas. Il paraît venir se jeter directement sur le pôle supérieur de cette tumeur. Nulle part on ne peut le suivre jusqu'à une de ces lobulations ci-dessus décrites. Il ne saurait être question ici du pincement de la vaginale ou du pincement de l'épididyme. La palpation des régions inguinales, des fosses iliaques, la palpation profonde de l'abdomen ne révèlent pas de ganglions.

En somme, on se trouve en présence d'une énorme tumeur scrotale à surface régulière, sauf en certains points très limités de consistance ferme, dure, évidemment une tumeur solide. Le premier diagnostic venu à l'esprit fut celui de tumeur du cordon spermatique, surtout lorsque la palpation eut révélé la présence en avant de ce petit corps ovoïde. Mais lorsque nous en eûmes retrouvé deux autres en arrière, ayant absolument les mêmes caractères de forme, de mobilité et d'insensibilité, nous changeâmes le diagnostic pour adopter celui de tumeur du testicule (probablement tumeur mixte).

L'intervention fut décidée et eut lieu le 29 septembre 1910.

Le malade fut analgésié par injection sous-durale de novocaïne (sol. à 4 °/₀, 0 gr. 07 de novocaïne). L'intervention fut simple. Elle consista à enlever la tumeur, avec la plus grande partie de la peau du scrotum. L'hémostase fut un peu longue; on draina.

Les suites opératoires furent très simples. Le malade se leva au septième jour. Le drain avait été enlevé au cinquième et il sortit parfaitement guéri le 25 octobre.

La pièce enlevée pèse 4 kil. 500. Elle est constituée par deux masses de volume très inégal :

Une première, petite, constituée par de la graisse en lobules volumineux dont nous avons signalé l'existence au cours de l'examen.

L'autre, du volume d'une tête d'adulte, constituée par un bloc compact de tissu séparé en lobes volumineux et de consistance fibreuse. Cette tumeur est traversée par de très volumineux vaisseaux, à calibre considérable, admettant très facilement la sonde cannelée et gorgés de sang. Dans la région postéro-inférieure on découvre le testicule sain entouré de sa vaginale occupée par un léger épanchement séreux. L'épididyme est sain.

On recherche avec soin le canal déférent, mais on ne peut le retrouver : il a disparu, noyé dans la masse fibromateuse.

Il est manifestement impossible de reconnaître quel a été le point de départ de ce néoplasme. Les éléments du cordon ne sont plus reconnaissables.

Observation II

(Cathelin et Beauvy.— Société anatomique Paris, 1909.)

Fibromyxome juxta-testiculaire.

MM. Cathelin et Beauvy présentent une tumeur des bourses enlevée à un homme de 68 ans, père d'un confrère, le 21 avril 1909.

Il s'agissait d'une tumeur grosse comme une orange, sous-testiculaire, dure, non douloureuse, à peu près régulière, qui à l'examen clinique fait penser à une poche liquide très tendue avec pachy-vaginalite.

L'opération montre une tumeur d'aspect bizarre qui respecte les testicules et semble s'attacher l'épididyme.

Il y eut en outre cette particularité qu'au-dessus d'elle, et remontant dans le canal inguinal jusque dans le ventre, existait une masse lipomateuse qui fut enlevée.

A l'examen histologique, dont nous donnons ici la description, on pourra voir qu'il s'agit d'un fibromyxome juxta-testiculaire.

La masse de la tumeur est constituée par du tissu conjonctif lâche : éléments cellulaires peu nombreux qui sont des cellules, les unes rondes, les autres étoilées, substance intercellulaire partiellement fibrillaire, partiellement amorphe ; les fibres n'y sont pas groupées en faisceaux parallèles, sauf dans les cloisons qui divisent la tumeur en lobes.

Les vaisseaux sont nombreux, ramifiés en tous sens, leurs parois sont très développées.

La tumeur présente une structure lobulée liée à la présence de cloisons fibreuses et de taches blanches et nécrosées.

A la périphérie on rencontre quelques cellules adipeuses ; en aucun des points examinés n'existent des éléments épithéliaux.

(La préparation a été déposée au Musée de la Société, N° 21).

Observation III

(Inédite. — Due à l'obligeance de MM. Chauvin et Roux)

Fibromyome du cordon

Jeune homme de 18 ans qui fait remonter l'origine de sa maladie à un effort violent fait il y a 4 ans.

A la suite de cet effort le malade aurait ressenti une douleur vive au niveau de l'aine droite et aurait présenté quelques vomissements. Un examen médical pratiqué à ce moment signalait : « Une tumeur du scrotum droit, tumeur fluctuante, translucide, très molle et très souple à l'état de repos, surmontant le testicule droit libre au fond des bourses. »

Cette tumeur, dont le volume s'est accru lentement, a progressivement envahi les bourses depuis la région inguinale où elle avait pris naissance jusqu'au fond du sac scrotal. Son évolution, à part les douleurs passagères du début, ne s'est jamais accompagné d'aucun trouble fonctionnel.

A l'examen du malade, dont tous les appareils fonctionnent normalement et qui ne présente aucun antécédent morbide, on note immédiatement le développement exagéré de la bourse droite dont les téguments sont déplissés, mais ne présentent rien d'anormal. A la palpation, cependant, on les trouve infiltrés d'un œdème mou qui conserve assez longtemps l'empreinte du doigt, et qui se localise surtout au voisinage du raphé médian. Plus profondément, le testicule gauche paraît normal ; le testicule droit, remonté, et situé à la partie postérieure du scrotum, ne présente non plus rien de spécial.

En avant de ce testicule, on trouve une tumeur du volume d'une orange, qui ne remonte pas jusqu'à l'orifice inguinal, mais qui descend jusqu'au fond du scrotum. Cette tumeur donne absolument la sensation d'une poche liquide, assez peu tendue, dans laquelle se trouverait incluse une tumeur solide dense : on sent en effet au centre d'une masse nettement fluctuante un noyau dur. Si l'on n'avait primitivement reconnu le testicule normal, on ferait le diagnostic d'hydrocèle symptomatique ; le

noyau induré cependant est très irrégulier de forme, paraissant nettement lobulé. Il est mobile par rapport aux formations voisines et la pression à son niveau est absolument indolore.

Le cordon, très nettement perceptible, est en tous points normal au-dessus de la tumeur, se perd au niveau de celle-ci où il est impossible de le retrouver à la palpation ; et l'on ne peut préciser ses caractères au niveau de son extrémité inférieure où il est masqué à la fois par la tumeur et par l'œdème des parties molles.

Le 24 septembre 1919, la masse est extirpée. Elle est très aisément attirée à travers une incision longitudinale du scrotum à sa partie haute. Elle est indépendante de la vaginale et régulièrement encapsulée, très aisément isolable. A son pôle supérieur, par contre, un pédicule fibreux la rattache au cordon, et se perd dans le tissu conjonctif de ce dernier au voisinage de l'anneau inguinal. Section de ce pédicule et extirpation facile.

La réunion *per primam* de la plaie opératoire donne une guérison en dix jours.

Examen macroscopique. — La pièce enlevée se présente comme une masse assez régulièrement piriforme, du volume d'une orange, de coloration blanc-bleu, translucide, très nettement fluctuante. A la section on trouve, dans le tissu translucide, des noyaux de volume variable, très irrégulièrement disséminés, d'un blanc nacré, denses et d'aspect fibreux.

Examen microscopique.— Des fragments de la tumeur soumis à l'examen microscopique montrent une structure histologique variable suivant les points considérés. Les fragments correspondant aux portions translucides sont constitués par un tissu conjonctif très lâche, disposé en travées irrégulières, et ces travées limitent des sortes

d'alvéoles remplies de tissu myxomateux. Il est à remarquer que cette charpente conjonctive, dont l'abondance varie énormément suivant les endroits, devient en certaines régions beaucoup plus dense, prenant le type du tissu fibreux. Sur d'autres coupes, correspondant aux portions fermes de la tumeur, le tissu fibreux existe seul, et l'aspect est celui du fibrome pur. Les vaisseaux sont rares et présentent un épaississement très marqué de leurs parois. Ils paraissent en certains points être le centre de la prolifération fibreuse. On trouve enfin dans la masse quelques îlots de tissu adipeux, trop rares et trop peu abondants pour que l'on puisse parler de lipome.

Il s'agit donc d'un fibromyome développé aux dépens des tissus du cordon.

ÉTIOLOGIE ET PATHOGÉNIE

Les fibromes du cordon sont excessivement rares, mais leur existence, qui était encore niée en 1881 par Daniel Mollière, ne peut plus aujourd'hui être mise en doute. On en compte une quinzaine de cas publiés dans la littérature médicale, et, si on considère que la vraie nature est douteuse pour certaines de ces observations, on voit qu'il ne reste en réalité qu'une dizaine de cas indubitables.

L'âge importe relativement peu, puisque notre malade n'avait que 18 ans et celui de Dubois 65 ans, mais nous pouvons dire qu'en général ces tumeurs évoluent vers la cinquantaine.

Les deux côtés paraissent être également atteints.

Le fibrome du cordon est primitif dans presque tous les cas, sauf celui d'Audry où il se développa primitivement sur l'épididyme et secondairement sur le cordon.

L'hérédité n'a jamais été signalée. Le traumatisme nous paraît être un élément étiologique important. Patel et Chalier, dans leur important travail, insistent sur la fréquence des traumatismes dans les antécédents des malades atteints de tumeurs du cordon. Nous retrouvons

cet élément étiologique des fibromes dans les cas d'Audry et de Bruneau et Condo.

Un autre élément étiologique important est celui sur lequel Poncet attire l'attention à propos du cas d'Audry, « l'inflammation avec sa sclérose consécutive ».

La pathogénie est encore dans le domaine des hypothèses. Ces tumeurs d'origine conjonctive et développées nettement au niveau du cordon lui-même naissent probablement du tissu conjonctif qui réunit normalement les différents éléments du cordon.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Nombre. — Dans la grande majorité des cas les fibromes du cordon étaient uniques, sauf dans les cas de Fergusson, d'Audry et de Riche, où les tumeurs étaient doubles. Ils sont dans tous les cas unilatéraux.

Dimensions.— Très variables. Petites nodosités quand le malade les aperçoit ; elles peuvent ensuite prendre des dimensions considérables, exemple le cas de Riche et Jourdan qui pesait 4 kilog. 500.

Siège.— Il est variable au début, les parties les plus atteintes semblent être les parties basses ; très souvent la tumeur naît dans la parti scrotale du cordon (fibromes péri-épididymaires). Dans les autres cas elle atteint sa portion proprement funiculaire. Dans trois cas seulement (celui d'Eben Vatson, de Dubar et Leroy, et le nôtre) la portion intra-inguinale.

Rapports. — Le testicule et l'épididyme étaient toujours libres, normaux, quoique étroitement en rapport avec la tumeur.

Le cordon est en général libre au-dessus de la tumeur, puis avalé par la tumeur ; dans notre cas la tumeur était rattachée au cordon par un simple pédicule à départ inguinal.

La vaginale est souvent irritée par contact et l'hydrocèle apparaît toujours peu volumineuse.

Les vaisseaux et en particulier les veines peuvent traverser la tumeur de part en part (cas de Riche et Jourdan).

Le canal déférent présentait dans quelques cas (Tizzoni et Parona, Bruneau et Condo, Delassus) des rapports étroits avec la tumeur et la conséquence inévitable de l'intervention sera sa résection.

Structure macroscopique. — La tumeur est ferme, résistante, dure, régulière.

A la section elle crie sous le scalpel, « est formée d'un tissu blanc nacré à fibres concentriques ; dans l'intervalle des fibres se trouve un tissu de coloration plus foncée » (Delassus). Dans le cas de Bruneau et Condo de Satriano, la surface de section présentait des cavités kystiques à contenu puriforme.

Dans la majorité des cas, elle est encapsulée : « Une capsule fibreuse épaissie, blanchâtre, l'entoure de toutes parts » (Delassus).

Examen microscopique. — La tumeur est constituée en général par des faisceaux conjonctifs irrégulièrement serrés, orientés assez souvent en tourbillons. La vascularisation n'est pas la même dans tous les cas. A côté des vaisseaux sanguins se trouvent des canaux lymphatiques. Dans notre observation les vaisseaux sont rares et présentent un épaississement marqué de leurs parois. Ils paraissent même être en certains points le centre de la prolifération fibreuse.

Nous avons vu au point de vue histologique les différents éléments qui entrent dans la constitution du fibrome. Se présentent-ils toujours dans les mêmes proportions ?

Dans toutes les observations que nous avons lues,

toutes sont unanimes à reconnaître l'abondance du tissu conjonctif. Les éléments cellulaires sont en quantité variable La vascularisation aussi est variable. Les îlots adipeux sont en plus ou moins grand nombre.

Dans certaines observations (Delassus et la nôtre) nous trouvons la présence de fibres musculaires lisses qui font porter le diagnostic de fibromyomes.

Les examens histologiques soigneux faisant défaut dans la plupart des observations, il ne nous est pas possible de dire s'il s'agit là d'un élément histologique constant. Bruneau et Condo n'en ont pas constaté dans leur tumeur et Audry affirme qu'il a eu affaire à un fibrome pur et simple.

Origine. — D'où peut provenir la tumeur? Nous pensons que son origine ne peut plus faire de doute. On a considéré le tissu conjonctif, qui réunit les différents éléments du cordon, comme étant le point de départ du fibrome. Nous partageons entièrement cet avis et nous pensons que ce tissu seul est en cause.

Dubar et Leroy pensent que la celluleuse propre du canal déférent, en raison de sa nature essentiellement conjonctive, peut parfois être le point de départ de ces néoplasies.

Poncet dit, à propos de son malade, que le fibrome a dû se développer aux dépens du tissu cellulaire péri-épididymaire.

Patel et Chalier pensent que quelquefois le fibrome peut trouver son origine dans la tunique fibreuse vaginale commune ou dans le reliquat fibreux du conduit péritonéo-vaginal.

SYMPTOMATOLOGIE

« D'une façon générale l'évolution des tumeurs du cordon est torpide et insidieuse » (Patel et Chalier). Cette phrase est encore beaucoup plus vraie pour les fibromes du cordon.

Le malade découvre le plus souvent sa tumeur par hasard ou parce qu'elle détermine un peu de gêne ou de pesanteur des bourses. Si elle occupe le canal inguinal, elle peut apparaître brusquement à la suite d'une grande fatigue ou d'un travail pénible, se réduire facilement si son volume n'est pas considérable (cas de Bruneau et Condo). Parfois elle peut, comme dans notre observation, se présenter pour la première fois au malade par une douleur qu'un effort a provoqué, en tiraillant probablement sur le cordon ou en comprimant les nerfs du cordon.

A ce moment seul le malade consent à consulter un médecin.

Au début. — Quand la tumeur est de petit volume, on peut la localiser avec précision sur le cordon. L'inspection ne donne rien. La palpation indique qu'il s'agit d'une tumeur régulière, arrondie et dure. A la percussion on a de la matité.

Si la tumeur est encore dans le canal inguinal, on la sent mobile et souvent la toux lui communique une impulsion nette. En introduisant le doigt dans le canal, on perçoit le pôle inférieur et on peut mieux préciser sa situation et sa forme.

Si la tumeur est scrotale, la palpation nous précise plus ou moins nettement ses connexions avec le cordon mais nous fait voir qu'elle est indépendante du testicule et de l'épididyme. Ces organes sont sains et occupent une place variable par rapport à la tumeur, tantôt en avant, tantôt sur le côté ou en bas.

Mais en général le malade se présente au médecin avec une tumeur assez volumineuse occupant à la fois le scrotum, le cordon et même le canal inguinal.

Nous constatons alors : Une peau normale sans adhérences profondes, simplement distendue, amincie.

La verge peut être tantôt « avalée » par la tumeur (Villard et Rheuter), tantôt complètement dégagée (Riche et Jourdan).

A la percussion : matité absolue.

A la palpation : la tumeur est indolente, dure, ferme, quelquefois ramollie en certains points, souvent on a une fluctuation superficielle due à une lame d'hydrocèle interposée.

La tumeur est ovoïde, régulière, quelquefois bosselée (Létiévant), parfois présentant des noyaux durs indépendants (Riche et Jourdan). Le testicule est indépendant, mais parfois il peut être difficile de le mettre en évidence et seule la douleur qu'éveille la pression à son niveau permet de le localiser.

Jamais de ganglions.

La tumeur est opaque. Les signes fonctionnels sont

peu marqués, si ce n'est un peu de gêne lorsque la tumeur est trop grosse.

L'évolution est en général lente, progressive, et l'état général reste bon, mais en tout cas indépendant de la tumeur.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic du fibrome du cordon ne s'impose pas à première vue, car nous n'avons aucun signe pathognomonique qui nous permette de le reconnaître.

Pour mieux mener notre diagnostic, nous emprunterons à Patel et Chalier leur classification des fibromes en :

1° Inférieurs ou scrotaux ;
2° Moyens ou funiculaires ;
3° Supérieurs ou inguinaux.

Fibromes scrotaux. — Le diagnostic doit être fait avec :

1° Les tumeurs scrotales superficielles, mais une palpation un peu attentive suffit à démontrer l'indépendance du cordon ;

2° Les épanchements de la vaginale ;

3° Les tumeurs du testicule.

Pour ces deux derniers diagnostics, il suffira de se rappeler cette phrase de Tillaux : « Vous reconnaîtrez qu'une tumeur occupe le cordon spermatique lorsque, située au-dessus de l'épididyme et du testicule, elle est

indépendante de ces deux organes d'une façon manifeste, même si elle en est rapprochée. »

D'ailleurs, en cas d'hydrocèle ou d'hématocèle, la ponction exploratrice lèvera tous les doutes.

Parfois le testicule peut être difficile à distinguer des nodules inférieurs (cas de Riche et Jourdan), il faut alors avoir recours à l'interrogatoire : le malade nous dira que le nodule commençant était libre, indépendant du testicule.

Fibromes funiculaires. — La tumeur est alors de petit volume, régulière, arrondie sur le trajet du cordon, au-dessus du testicule et de la vaginale que l'on sent intacts au-dessous d'elle. Au-dessus d'elle on a le canal inguinal plus ou moins libre et perméable.

Il faudra penser :

a) Au *kyste du cordon*. — Celui-ci est perméable à la lumière et la ponction exploratrice donnera issue à un liquide savonneux.

b) Aux *funiculites*. — Celles-ci sont d'allure aiguë et inflammatoire. La tuberculose et la syphilis indurent irrégulièrement en chapelet le canal déférent.

c) Au *varicocèle*. — Il est plus mou, réductible, pâteux et peut à peine être confondu avec un lipome.

Fibromes inguinaux. — Ici le principal diagnostic à faire est celui de la hernie. Mais l'erreur n'est pas possible après une palpation et une percussion attentives. La hernie est une tumeur ferme, élastique, sonore à la percussion, réductible avec bruit de gargouillement. Avec la hernie étranglée, le diagnostic sera facile par suite des phénomènes d'étranglement herniaire qui apparaîtront.

Avec les *épiplocèles*. — L'épiplocèle est une tumeur

molle, pâteuse, sans sonorité à la percussion, réductible. Les épiplocèles peuvent devenir adhérentes. Le diagnostic est alors plus difficile à faire. Ici nous retrouvons le pédicule et surtout cette consistance spéciale, pâteuse. De plus, nous apprendrons que cette tumeur était réductible au début et qu'elle l'est restée longtemps ; elle est plus indépendante du cordon que les tumeurs propres à cet organe, elle n'augmente pas de volume progressivement et possède un prolongement qui va se perdre dans la cavité abdominale.

A quelle tumeur du cordon a-t-on affaire ?

Les tumeurs solides du cordon présentent de nombreuses variétés, et suivant leur nature elles sont inflammatoires, syphilitiques, tuberculeuses ou néoplasiques.

Nous avons déjà vu comment on pouvait facilement éliminer le diagnostic de funiculite, de syphilis funiculaire et de tuberculose du cordon.

Restent les tumeurs néoplasiques. Les unes sont bénignes : lipomes, fibromes, myxomes et enchondromes. Les autres de nature maligne : sarcome et cancer.

Comment distinguer ces différentes tumeurs ?

Le lipome se distingue par sa consistance mollasse, pseudo-fluctuante, son aspect lobulé, son développement lent et progressif, son volume énorme.

Le myxome et l'enchondrome ne pourront se distinguer du fibrome que par le microscope.

Le sarcome se développe rapidement et acquiert en peu de temps un volume énorme, sa consistance est dure et l'état général est atteint.

Dans le cancer nous avons les douleurs qui accompagnent l'évolution de tous les cancers. Cette évolution sera rapide avec retentissement sur l'état général et le système ganglionnaire.

Comme on le voit, le diagnostic entre les néoplasies du cordon sera encore assez difficile et l'examen clinique devra se compléter de l'examen microscopique pour affirmer la nature de la néoplasie.

PRONOSTIC ET TRAITEMENT

Le **pronostic** des fibromes du cordon est bénin, mais il ne faut pas oublier qu'il peut se transformer en sarcome, en cancer, être frappé d'inflammation ou de gangrène, ce qui assombrit considérablement le pronostic.

Traitement. — Tout fibrome du cordon doit être opéré aussitôt diagnostiqué.

Le traitement chirurgical consiste en l'ablation totale de la tumeur, tout en respectant le testicule et le canal déférent. La vascularisation pouvant être assez forte, il ne faut pas oublier de faire une hémostase méthodique et progressive au fur et à mesure de l'opération.

Quand il est impossible d'isoler le canal déférent, on pourra le sectionner, mais il faudra respecter le reste. Un testicule isolé de son canal déférent ne s'atrophie pas s'il est encore vascularisé ; la section des voies spermatiques n'entraîne la formation d'aucune fistule.

CONCLUSIONS

1° Le fibrome du cordon est une tumeur rare.

2° Il se présente avec un maximum de fréquence aux environs de la cinquantaine. Les causes étiologiques les plus importantes paraissent être le traumatisme et les irritations épididymaires et péri-épididymaires.

3° Il provient du tissu conjonctif qui réunit les différents éléments du cordon.

4° Il se développe lentement, d'une façon régulière, sans retentissement sur l'état général ni sur le système ganglionnaire.

5° Un seul traitement est possible : l'ablation de la tumeur en respectant autant que possible le testicule.

BIBLIOGRAPHIE

Alombert-Goget. — Des tumeurs solides du cordon spermatique (Th. Lyon, 1887).

Arrou. — Tumeurs du cordon *In* Chirurgie de l'appareil génital de l'homme, Paris, 1901, p. 256).

Audry. — Fibrome énorme de la queue de l'épididyme droit (Gaz. des hôpitaux, 1887, p. 479).

Avoledo. — Contribuzione allo studio dei tumori solidi del cordone spermatico (Morgagni, Milano, 1890, t. XXXII, p. 515).

Beauvy et Cathelin. — Fibromyxome juxta-testiculaire (Société anatomique Paris, 1909).

Brossard. — Les tumeurs solides du cordon spermatique (Arch. générales de médecine, 1884, p. 267).

Bruneau et Condo de Satriano. — Des fibromes du cordon spermatique (Revue de chirurgie, 1904, vol. 1, p. 105).

Clermont et Tournier. — Note sur un cas de tumeur des cordons (Soc. anatomo-clinique de Toulouse, 20 octobre 1910).

Dejardin. — Tumeur sanguine fibroïde du cordon testiculaire droit (Mém. Acad. roy. de méd. de Belgique, 1848, p. 346).

Delassus. — Fibromyome du cordon *In* Thèse Dubois, Lille, 1907).

Deroyer. — Tumeurs solides du cordon spermatique (Th. Paris, 1899).

Dubar et Leroy. — A propos d'un fibrome du cordon spermatique (Echo médical du Nord, 19 janvier 1908).

Dubois (J.). — Voir Verneuil.

Dubois (L.). — Contribution à l'étude des fibromes du cordon spermatique (Th. Lille, 1907).

Fergusson. — Tumeur fibreuse du scrotum enveloppant le testicule gauche et s'étendant dans le canal inguinal (The Lancet, 1856).

Follin et Duplay. — Tumeurs diverses du cordon (Traité de path. externe, t. VIII).

Gandjetziantz. — Quelques considérations sur les fibromes du cordon spermatique (Th. Montpellier, 1913).

Giordano. — Fibro mixo sarcoma del cordone spermatico (Riforma medica, août 1912).

Gros, Rohmer et Vautrin. — Tumeurs du cordon spermatique (*In* Nouveaux éléments de path. et de clin. chir. Paris, 1893).

Kocher. — Die krankh. der männl. geschlechtsorgane (Deutsche Chir., 1887, fasc. 50, p. 183).

Lenoir. — Bull. méd. Soc. chir. Paris, 1854, p. 344.

Louvet. — Tumeurs fibro-plastiques péri-épididymaires (Bull. Soc. anat. Paris, 1845).

Malgaigne. — Tumeurs du cordon spermatique (Th. de concours, Paris, 1848).

Mollière. — Néoplasmes du cordon spermatique (*In* article Voies spermatiques du Dictionnaire encyclop. des sc. méd., III[e] série, t. II, 1[re] partie, p. 88).

Monod. — Fibrome du cordon (Bull. et Mém. Soc. chir., Paris, 1903).

Monod et Terrillon. — Tumeurs solides du cordon (Traité des maladies du testicule et de ses annexes. Paris, 1889, p. 734).

Morel-Lavallée. — Fibrome du cordon (Bull. et Mém. Soc. chir. Paris, 1864).

Opokine. — Fibrome du cordon spermatique (Chirurgia, sept. 1911).

Patel et Chalier. — Les tumeurs du cordon spermatique (Revue de chirurgie, 1909).

Parker. — Tumors on the cord. (Med. Gaz. New-York, 1882).

Péan. — Tumeurs du cordon spermatique (*In* Diagn. et traitement des tumeurs de l'abdomen et du bassin, 1885, p. 353).

Poisson. — Tumeurs fibreuses péri-épididymaires (Th. Paris, 1858).

Riche et Jourdan. — Volumineux fibrome du cordon spermatique (Montpellier médical du 24 février 1911).

Schwartz. — Tumeurs solides du cordon spermatique (Encyclop. internat. de chir., Paris, 1888).

Sébileau. — Tumeurs solides du cordon spermatique (*In* Traité Le Dentu et Delbet).

Serraire. — Contribution à l'étude des tumeurs du cordon sperm at. (Th. Montpellier, 1908).

Schlüter. — Tumeurs du cordon spermatique (Soc. de méd. de la basse Alsace, 1911).

Tizzoni et Parona. — Tétanos après l'ablation d'un fibro-lipome du cordon (Annali universali di med. et chir., 1877).

Vecchi. — Fibroma del funicolo spermatico (Gazzeta medica italiana, 1911).

Verneuil. — Tumeur fibro-plastique du cordon sperm at. (Gaz. des hôpitaux, 1864, p. 47).

Villard et Rheuter. — Tumeur volumineuse du cordon spermatique (Lyon médical, 1908, t. I, p. 1386).

Zamouravkine. — Quelques cas de tumeur du testicule et du cordon spermatique (Soc. de chir. russe de Pirogoff, 19 sept. 1907).

Vu et permis d'imprimer :

Montpellier, le 24 novembre 1920

Pr le Recteur,

Le Vice-Président du Conseil de l'Université,

J. VIANEY.

Vu et approuvé :

Montpellier, le 23 novembre 1920.

Pr le Doyen,

L'Assesseur délégué,

FORGUE.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque!

MONTPELLIER. — IMPRIMERIE « L'ABEILLE », 14, AVENUE DE TOULOUSE